

RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

L'internement des malades mentaux

Basecqz, Nathalie

Published in:

A la découverte de la justice pénale

Publication date:

2015

Document Version

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (HARVARD):

Basecqz, N 2015, L'internement des malades mentaux. Dans C de Valkeneer & I de la Serna (eds), *A la découverte de la justice pénale: paroles de juriste*. Larcier , Bruxelles, p. 433-455.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

PARTIE II : L'INTERNEMENT DES MALADES MENTAUX

Nathalie COLETTE-BASECQZ,
*chargée de cours à l'Université de Namur
et avocat au Barreau du Brabant wallon*

Introduction

Les membres du corps médical sont également amenés à intervenir dans le cadre du statut pénal du malade mental délinquant, que ce soit au niveau d'une expertise psychiatrique aux fins d'éclairer le juge sur l'état mental de l'intéressé au moment des faits et au moment du jugement, ou d'un avis donné lors de l'exécution d'une mesure d'internement, à propos du choix de l'établissement ou du transfèrement dans un autre établissement, ou encore d'une libération à l'essai accompagnée d'une tutelle médico-sociale, d'une libération définitive... Nous commenterons le régime de l'irresponsabilité pénale des malades mentaux ainsi que celui de l'internement dans ses différentes phases en ayant une attention particulière pour le rôle qu'y jouent les intervenants médicaux.

Section I. L'irresponsabilité pénale des malades mentaux

Du point de vue du droit pénal, le malade mental, même s'il est l'auteur matériel d'une infraction, ne peut être reconnu coupable et se voir condamné à une peine. Les troubles mentaux ayant aboli ou gravement altéré ses facultés mentales constituent ainsi une cause d'« incapacité pénale ». Si la personne n'avait pas, au moment des faits, la capacité de comprendre le caractère délictueux de ses actes et/ou celle de les contrôler, elle sera dès lors acquittée.

L'irresponsabilité pénale des malades mentaux trouve son fondement dans l'article 71 du Code pénal. Celui-ci dispose, dans sa version actuelle : « Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait [...] »

À une date qui sera fixée par le Roi, et au plus tard le 1^{er} janvier 2016, cet article sera rédigé comme suit : « Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes [...] »

§ 1^{er}. Le champ d'application de l'irresponsabilité pénale

La « démence » dont il est question à l'article 71 du Code pénal ne correspond pas à la définition qui en est donnée par la science médicale. La notion, qui est laissée à l'appréciation souveraine du juge, reçoit une acception beaucoup plus large qui recouvre toutes les formes graves de perturbation mentale, quelle qu'en soit la cause.

Il est important de relever qu'une abolition complète des facultés mentales n'est pas requise ; les cas d'altération grave entraînent également l'irresponsabilité pénale. Pour donner lieu à un acquittement sur la base de l'article 71 du Code pénal, le déséquilibre mental au moment des faits doit avoir été grave au point de faire perdre à l'auteur le contrôle de ses actes. Le tribunal correctionnel de Nivelles n'a pas retenu l'incapacité pénale d'un prévenu en se fondant sur l'avis de l'expert psychiatre qui évoquait seulement un état « assez grave » de déséquilibre mental au moment des faits (Corr. Nivelles, 18 mars 2009, *J.L.M.B.*, 2009, p. 1412, note N. Blaise, « La suspension probatoire au secours des personnes atteintes d'un déséquilibre mental... assez grave »).

§ 2. L'expertise psychiatrique

Dans la pratique, le juge pénal ordonnera souvent la réalisation d'une expertise psychiatrique afin d'être éclairé sur l'état mental de l'intéressé et sur la pertinence éventuelle d'une mesure d'internement. En aucun cas, la mission de l'expert ne peut porter sur l'imputabilité des faits à un inculpé, sous peine d'entacher le rapport de nullité (Mons (mis. acc.), 24 janvier 2003, *J.L.M.B.*, 2004, p. 611).

Les critères cliniques de la responsabilité que l'expert aura à évaluer sont doubles ; ils portent à la fois sur la capacité de discernement et sur la capacité de contrôle (facultés cognitives et volitives). Les supports de l'expertise psychiatrique sont constitués principalement du dossier répressif, des tests psychologiques et des entretiens cliniques.

Même si le juge n'est pas lié par l'avis de l'expert, il n'est pas contestable que dans les faits, l'avis de l'expert peut peser lourd dans la prise de décision du juge, notamment sur l'aiguillage ultérieur de l'intéressé vers la prison ou la défense sociale.

La mission de l'expert psychiatre est ardue car, en psychiatrie criminelle, les experts sont le plus souvent confrontés à des états intermédiaires. Il est impossible en effet de tracer une frontière nette entre le « pathologique » et le « normal ». Les cas limites posent des difficultés de diagnostic qui peuvent donner lieu à des interprétations divergentes entre les experts consultés.

De plus, le rôle de l'expert psychiatre est ambigu car celui-ci est amené à examiner la personne, non pas dans le but de la soigner, mais aux fins de rendre compte au juge de son état mental. Le Code de déontologie médicale (art. 123) prévoit que le médecin chargé d'une mission d'expertise par une autorité de justice doit préalablement faire connaître à l'intéressé en quelle qualité il agit et lui faire connaître sa mission. L'expert judiciaire, en particulier, l'avertira qu'il est tenu de communiquer à l'autorité requérante tout ce qu'il lui confiera au sujet de sa mission.

Par ailleurs, l'obligation de tenir le secret s'impose à l'égard de toute personne autre que l'autorité requérante. En outre, même à l'égard de cette dernière, les révélations doivent se limiter à ce qui est strictement nécessaire à l'accomplissement de la mission d'expertise.

S'agissant des conditions matérielles de réalisation d'une expertise psychiatrique, il ne peut être passé sous silence que celles-ci ne sont pas toujours satisfaisantes. Le faible montant de la rémunération allouée à l'expert judiciaire ainsi que le retard dans le paiement ne sont sans doute pas étrangers à ce problème...

Si l'expertise intervient durant la phase préliminaire du procès pénal (par exemple à la demande du juge d'instruction, de la chambre du conseil ou de la chambre des mises en accusation), elle sera unilatérale sauf si la loi en dispose autrement. En revanche, une plus grande contradiction est prévue pour l'expertise ordonnée par le juge du fond.

Section 2. L'internement, mesure de défense sociale

§ 1^{er}. La loi de défense sociale

La première loi de défense sociale a été adoptée le 9 avril 1930. Elle a permis de combler une lacune car auparavant, en raison de l'impossibilité de condamner les déments à une peine, seule une mesure administrative de collocation pouvait être prise. Cette loi a apporté une réponse à la question des risques de dangerosité que les malades mentaux délinquants pouvaient faire courir à la société tout en permettant de leur prodiguer les soins requis par leur état mental.

Initialement prévue comme une mesure à durée déterminée, la loi du 1^{er} juillet 1964 a fait de l'internement une mesure à durée indéterminée qui ne peut être levée que lorsque sont réunies à la fois les conditions d'une amélioration suffisante de l'état mental et d'une réadaptation sociale.

Dans le cadre d'une réforme de la loi de défense sociale, la loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental était appelée à remplacer la loi de défense sociale.

Elle n'est toutefois jamais entrée en vigueur. Cette loi, de même que la loi de défense sociale, ont été abrogées par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes (ci-après « nouvelle loi »), publiée au *Moniteur belge* du 9 juillet 2014, qui entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2016. La nouvelle loi adapte la loi du 21 avril 2007 dont elle reprend plusieurs dispositions.

Nous commenterons le régime de l'internement tel qu'il résulte de la loi de défense sociale (c'est-à-dire celui qui est actuellement applicable) tout en présentant les aspects de la nouvelle réforme (même si celle-ci n'est pas encore en vigueur à ce jour) qui suscitent un intérêt du point de vue médical.

§ 2. Nature de la mesure d'internement

L'internement ne constitue pas une peine, mais une mesure de sûreté. La finalité poursuivie par la loi de défense sociale était de prévoir, dans un cadre pénal, une mesure destinée à la fois à protéger la société contre les délinquants malades mentaux dangereux, mais aussi de fournir à ceux-ci les soins requis par leur état mental déficient. Nonobstant cette finalité hybride, force est de constater que, dans les faits, l'aspect sécuritaire de la mesure a tendance à l'emporter sur l'aspect thérapeutique.

§ 3. Instances habilitées à prononcer l'internement

Seule une juridiction pénale est habilitée à prononcer l'internement (art. 7 de la loi de défense sociale). Il peut s'agir soit de la juridiction d'instruction (chambre du

conseil ou chambre des mises en accusation), sauf pour les crimes et délits politiques ou de presse, soit de la juridiction de jugement (tribunal de police, tribunal correctionnel, cour d'appel, cour d'assises). Dans l'hypothèse où c'est la juridiction d'instruction qui prononce l'internement, elle doit statuer au fond, en jugeant si les faits qualifiés crime ou délit sont établis dans le chef de l'intéressé, ce qui dépasse le simple examen des charges auquel il est procédé habituellement dans le cadre du règlement de procédure.

§ 4. La mise en observation des inculpés ou des prévenus

La mise en observation – à distinguer ici de celle qui est organisée par la loi du 26 juin 1990 (voy. *supra*, la contribution de F. Reusens) – est une modalité d'exécution du mandat d'arrêt ou de la détention préventive, qui permet d'effectuer une expertise psychiatrique dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire. Elle peut être ordonnée par le juge d'instruction, la juridiction d'instruction ou la juridiction de jugement, dans les cas où la loi autorise la détention préventive, lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé ou le prévenu se trouve dans un état pouvant donner lieu à une mesure d'internement (art. 1^{er} de la loi de défense sociale). L'inculpé peut toujours recevoir la visite de médecins de son choix et produire leur avis sur l'opportunité du placement en observation (art. 3).

La durée du placement en observation est d'un mois au plus, mais elle est susceptible d'être prolongée de mois en mois sans que le placement ne puisse en aucun cas dépasser six mois (art. 6).

La mise en observation est pratiquement tombée en désuétude, les juges préférant la désignation d'un expert psychiatre ou d'un collègue d'experts pour procéder à l'examen mental. Elle a toutefois été maintenue dans la nouvelle loi, mais sous la forme d'une expertise psychiatrique médico-légale avec mise en observation dont la durée ne peut dépasser deux mois (au cours desquels l'inculpé reste soumis au régime de la détention préventive). La mise en observation peut avoir lieu non seulement dans la section psychiatrique d'un établissement pénitentiaire mais aussi dans un centre d'observation clinique sécurisé créé par le Roi.

§ 5. Champ d'application de l'internement

Les conditions de l'internement sont les suivantes (art. 7 de la loi de défense sociale) :

- l'agent doit avoir commis un fait qualifié crime ou délit (une contravention ne pouvant donner lieu à un internement) ;
- l'agent doit se trouver, au moment du jugement, dans un état de démence ou un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions ;
- l'agent doit représenter un danger pour la société (cette dernière condition, bien qu'elle ne figure pas expressément dans la loi de défense sociale, émane des travaux préparatoires de la loi et a été confirmée par la Cour de cassation).

Si l'irresponsabilité fondée sur l'article 71 du Code pénal est fonction de l'état mental au moment des faits, dans le cadre de la loi de défense sociale, c'est l'état mental au moment du jugement qui est seul pris en

compte pour décider, le cas échéant, d'une mesure d'internement. Il peut s'agir soit d'un état de démence, soit d'un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale rendant l'agent incapable du contrôle de ses actions. Parmi les conditions de l'internement, il n'est pas requis que cet état mental puisse faire l'objet d'une action thérapeutique en vue d'une guérison (Cass., 20 janvier 1987, *Pas.*, 1987, I, p. 578). Pour satisfaire aux conditions inscrites dans la loi de défense sociale, il convient de vérifier la persistance de cet état au moment du jugement. Les troubles mentaux passagers, s'ils peuvent entraîner l'acquiescement, ne sont pas susceptibles de donner lieu à une mesure d'internement.

Au sujet de la condition de dangerosité, notons que contrairement à la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux qui tient également compte du danger que le malade mental représente pour lui-même (visant notamment les personnes hautement suicidaires), la loi de défense sociale ne prend en considération que la dangerosité sociale.

La loi du 5 mai 2014 a judicieusement remplacé les termes de « démence », « déséquilibre mental », « débilité mentale », par celui de « trouble mental qui a aboli ou gravement altéré la capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ». L'état mental est ainsi défini par rapport aux facultés volitives mais aussi cognitives, ce qui est plus conforme aux données de la psychopathologie.

Cette nouvelle loi rétrécit toutefois le champ d'application de l'internement au fait qualifié crime ou délit punissable d'une peine d'emprisonnement. Par ailleurs, la condition de dangerosité y est énoncée expressément ; elle est définie comme le danger que la personne

commette de nouvelles infractions en raison de son trouble mental, éventuellement conjugué à d'autres facteurs de risque.

Enfin, l'expertise psychiatrique médico-légale devient, dans la nouvelle loi, un préalable obligé à l'internement. Même si l'intérêt d'une telle expertise pour les cours et tribunaux appelés à décider d'un éventuel internement semble évident, le fait d'avoir, dans la nouvelle loi, exigé la réalisation préalable de cette expertise comme condition même de l'internement constitue une garantie supplémentaire pour le justiciable qui, dans tous les cas, se verra examiné par un expert psychiatre avant que le juge ne statue sur son sort en l'orientant tantôt vers la prison, tantôt vers la défense sociale.

§ 6. Réglementation de l'expertise psychiatrique

La nouvelle loi a réglementé de façon détaillée l'expertise psychiatrique. Elle peut être ordonnée par le juge d'instruction ou par les juridictions d'instruction ou de jugement. Le contenu minimal de la mission donnée à l'expert est défini dans la loi. Il s'agit d'établir :

- si au moment des faits et au moment de l'expertise, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré la capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;
- s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;
- si, du fait du trouble mental éventuellement conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions ;

- si la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière en vue de sa réinsertion dans la société ;
- si, dans le cas de faits d’attentat à la pudeur, de viol, de corruption de la jeunesse, de prostitution ou d’outrage aux bonnes mœurs, commis sur des mineurs ou avec leur participation, il est nécessaire d’imposer une guidance ou un traitement spécialisé.

Les conditions du déroulement de l’expertise sont également précisées dans la nouvelle loi. Elle doit être effectuée sous la conduite et la responsabilité d’un expert psychiatre ou d’un expert en psychologie médico-légale qui a été agréé préalablement par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. Un arrêté royal déterminera les conditions et la procédure pour la délivrance de cet agrément, les droits et les obligations des experts ainsi que les sanctions qui peuvent être appliquées en cas de non-respect des conditions d’agrément. L’expertise peut également être effectuée par un collègue ou avec l’assistance d’autres spécialistes en sciences comportementales, toujours sous la conduite de l’expert précité. Dans le cadre de son expertise, l’expert doit recueillir tous les renseignements utiles auprès du médecin traitant de l’intéressé et, le cas échéant, auprès des autres ou précédents dispensateurs de soins psychiatriques de ce dernier. Cette concertation doit se dérouler conformément au cadre déontologique applicable.

L’expert rédige, à partir de ses constatations, un rapport circonstancié conformément au modèle établi par arrêté royal. Il est créé une cellule de « surveillance étendue de la qualité » qui a pour mission de vérifier si les rapports des experts satisfont aux normes de qualité, sur la forme comme sur le contenu, avant qu’ils soient

transmis au tribunal, sans remettre en cause l'indépendance de la décision de l'expert.

Dans la nouvelle loi, l'expertise psychiatrique médico-légale devient contradictoire. En effet, la personne qui fait l'objet de l'expertise peut communiquer par écrit aux experts judiciaires toutes les informations utiles pour l'expertise que lui fournit le médecin ou le psychologue de son choix. Celui-ci est informé des finalités de l'expertise psychiatrique médico-légale. Les experts judiciaires se prononcent sur ces informations avant de formuler leurs conclusions et les joignent à leur rapport. À la fin de ses travaux, l'expert envoie pour lecture au conseil de la personne examinée et au ministère public, ses constatations, auxquelles il joint déjà un avis provisoire. Un délai, d'au moins quinze jours, est fixé pour la formulation des observations du conseil de la personne examinée.

L'examen de la jurisprudence démontre l'impact de l'avis de l'expert dans la prise de décision du juge pénal. Ainsi, le tribunal correctionnel de Bruxelles a acquitté un prévenu, sans prononcer son internement, après avoir constaté que l'intéressé, qui se trouvait au moment des faits et du jugement dans un état grave de déséquilibre mental le rendant incapable du contrôle de ses actions, avait suivi les conseils de l'expert judiciaire préconisant un traitement ambulatoire auprès d'un médecin psychiatre (Corr. Bruxelles, 25 octobre 1994, *Rev. dr. pén.*, 1995, p. 197). Le tribunal correctionnel semble ainsi avoir déduit l'absence de dangerosité sociale du respect des recommandations de l'expert quant à la prise en charge thérapeutique.

§ 7. Droits du patient

Les dispositions de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient sont d'application à l'interné lors de la mise en œuvre du plan thérapeutique à l'exception du libre choix du médecin pour l'expertise psychiatrique. En effet, dans ce cas, c'est le juge qui désigne l'expert. Pour le reste, l'interné se voit garantir le respect de tous les autres droits, dont celui à la prestation de services de qualité, la communication de toutes les informations qui peuvent être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable, le droit au consentement libre et éclairé, le droit à la consultation du dossier, à la protection de la vie privée, à l'introduction d'une plainte concernant l'exercice de ses droits de patient.

§ 8. Exécution de l'internement

I. – *Instances compétentes*

Si les décisions d'internement ne peuvent être prises que par une juridiction pénale, leur exécution incombe à la commission de défense sociale. Celle-ci est instituée auprès de chaque annexe psychiatrique. Elle est composée de trois membres : un magistrat qui en est le président, un avocat et un médecin (art. 12 de la loi de défense sociale).

C'est la commission supérieure de défense sociale, dont la composition est calquée sur celle des commissions de défense sociale, qui connaît de l'appel formé contre les décisions des commissions de défense sociale (art. 13).

La nouvelle loi supprime les commissions de défense sociale, dont les attributions sont confiées aux chambres

de protection sociale, créées au sein des tribunaux de l'application des peines, exclusivement compétentes en matière d'internement.

La chambre de protection sociale est présidée par un juge effectif du tribunal de première instance, assisté de deux assesseurs en application des peines ou d'internement, l'un spécialisé en matière de réinsertion sociale, l'autre en psychologie clinique. L'impossibilité de relever appel de ses décisions (seul un pourvoi en cassation est possible) constitue un recul par rapport à la législation existante.

II. – Le lieu d'exécution de l'internement

La commission de défense sociale désigne l'établissement dans lequel aura lieu l'internement (art. 14). En attendant cette désignation, la personne est maintenue à l'annexe psychiatrique de la prison. Dans les faits, en raison des capacités d'accueil insuffisantes des établissements de défense sociale, le séjour des internés dans l'annexe psychiatrique peut se prolonger plus d'un an, ce qui a déjà valu à la Belgique plusieurs condamnations par la Cour européenne des droits de l'homme.

Lorsque des raisons thérapeutiques le requièrent, la commission de défense sociale peut, par décision spécialement motivée, ordonner le placement et le maintien dans un établissement approprié quant aux mesures de sécurité et aux soins à donner. Elle peut aussi ordonner le transfèrement dans un autre établissement. En cas d'urgence, le président peut décider du transfèrement, ce qui devra être confirmé ensuite par la commission de défense sociale. L'exécution d'une mesure d'internement ne devient toutefois pas illégale du seul fait qu'elle se poursuit dans un des établissements organisés à cette fin

par le gouvernement, plutôt qu'au sein d'une autre institution spécialement désignée pour la thérapie qu'elle est susceptible d'appliquer (Cass., 8 septembre 2010, *Rev. dr. pén.*, 2011, p. 412, note O. Vandemeulebroeke, « Les soins requis au regard de la langue des internés »).

III. – *Les modalités d'exécution de l'internement*

Au niveau de l'exécution des décisions d'internement, la commission de défense sociale peut, avant de statuer, prendre l'avis d'un médecin de son choix appartenant ou non à l'administration (art. 16 de la loi de défense sociale). Cette disposition légale reconnaît aussi à l'interné le droit de se faire examiner par un médecin de son choix (qui peut prendre connaissance du dossier de l'interné) et de produire l'avis de celui-ci.

Dans l'hypothèse où un dialogue entre l'interné et l'équipe soignante est impossible (p. ex. parce que l'interné parle une autre langue ou qu'il refuse de parler), la mise en œuvre d'une thérapie n'en serait pas pour autant rendue impossible. Dans ce cas, d'autres techniques pourraient permettre une thérapie, telle l'observation des réactions du malade, de ses rapports avec les autres malades, les effets de la médication, la connaissance de ses antécédents...

Dans la nouvelle loi, les modalités de l'exécution de l'internement ont été très largement calquées sur celles prévues dans la loi du 17 mai 2006 sur le statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits des victimes, tout en intégrant les spécificités de l'internement. Ces modalités peuvent consister en un transfèrement, une permission de sortie, un congé, une détention limitée, une surveillance électronique ou une libération à l'essai.

Les conditions qui les régissent ainsi que la procédure applicable (que nous ne commenterons pas ici) ont été amplement développées par le législateur. La personne internée bénéficiera d'un trajet de soins adapté à son trouble mental et au risque pour la sécurité. Les communications entre la chambre de protection sociale et le directeur ou le médecin en chef de l'établissement donnent lieu à des rapports qui permettent un meilleur suivi de l'internement. La personne internée et son conseil, le ministère public et le directeur ou le médecin en chef de l'établissement peuvent demander à la chambre de protection sociale de suspendre une ou plusieurs conditions imposées, de les préciser ou de les adapter aux circonstances, sans toutefois les renforcer ou imposer des conditions complémentaires.

Le ministère public et les services de police sont chargés du contrôle de l'interné pendant le déroulement des modalités de l'exécution de l'internement. Le ministère public peut aussi saisir la chambre de protection sociale en vue d'une révocation, d'une suspension ou d'une révision de la modalité accordée à l'interné.

§ 9. Mise en liberté

Soit d'office, soit à la demande du procureur du Roi, de l'interné ou de son avocat, la commission de défense sociale peut ordonner la mise en liberté définitive ou à l'essai de l'interné (art. 18 de la loi de défense sociale).

Pour ce faire, la commission doit s'assurer que l'état mental de l'interné se soit suffisamment amélioré et que les conditions de sa réadaptation sociale soient réunies. Si la demande de l'interné ou de son avocat est rejetée, elle ne peut être renouvelée avant l'expiration d'un délai de six mois. En cas d'urgence, le président de la

commission peut ordonner, à titre provisoire, la mise en liberté de l'interné. Sa décision devra alors être confirmée par la commission de défense sociale.

Pour les infractions à caractère sexuel commises sur des mineurs ou impliquant des mineurs, l'avis motivé d'un service spécialisé dans la guidance ou le traitement des délinquants sexuels est requis avant leur libération, qu'elle soit définitive ou à l'essai (art. 20bis).

La Cour de cassation a précisé que la commission de défense sociale ne peut déléguer au médecin le pouvoir d'apprécier si l'interné peut être admis dans un établissement et si et à quel moment la condition de sa réadaptation sociale est remplie ; il s'agit en effet d'une attribution qui lui est propre et qui ne peut être déléguée (Cass., 26 juin 1984, *Pas.*, 1984, I, p. 1303). En l'espèce, il s'agissait d'une mise en liberté à l'essai, dont la commission de défense sociale avait fait dépendre l'exécution de l'accord du médecin d'admettre l'interné dans son établissement et de son constat de la réalisation des conditions de réadaptation sociale. Or, la mise en liberté ne peut avoir lieu qu'une fois que la commission de défense sociale a vérifié elle-même que sont réunies les conditions d'amélioration suffisantes de l'état mental et de réadaptation sociale (ce qui n'était pas le cas dans la situation jugée).

I. — Mise en liberté à l'essai : mission des intervenants psycho-médico-sociaux

Lorsque la mise en liberté est ordonnée à titre d'essai, l'interné est soumis à une tutelle médico-sociale dont la commission de défense sociale fixe la durée et les modalités (art. 20 de la loi de défense sociale). La tutelle sociale est généralement confiée à un assistant de justice (dépendant du Service des maisons de Justice),

tandis que la tutelle médicale est assurée tantôt par un thérapeute individuel, tantôt par un spécialiste ou encore par un service de santé mentale ou par une section d'institution psychiatrique. Si la personne libérée à l'essai a été internée pour des faits à caractère sexuel, la tutelle médico-sociale comprend l'obligation de suivre une guidance ou un traitement dans un service spécialisé pour les délinquants sexuels. La loi laisse à l'intéressé le choix de la personne ou du service compétents pour assurer cette tutelle, tout en soumettant ce choix à l'accord de la commission.

L'assistant de justice et les intervenants qui acceptent la mission sont tenus, dans le mois qui suit la libération à l'essai et chaque fois qu'ils l'estiment utile ou sur invitation de la commission et au moins une fois tous les six mois, d'adresser à la commission de défense sociale un rapport de suivi sur la guidance ou le traitement. Ce rapport porte sur les points suivants : les présences effectives de l'intéressé aux consultations proposées, les absences injustifiées, la cessation unilatérale de la guidance ou du traitement, les difficultés survenues dans la mise en œuvre de ceux-ci et les situations comportant un risque sérieux pour les tiers. Il s'agit plutôt de données objectives, extrinsèques à la relation thérapeutique.

Bien que l'article 20 de la loi de défense sociale contienne une exception légale à la règle du secret professionnel, il ne saurait être question de révéler des confidences qui sont sans rapport avec l'objet du rapport. L'intervenant doit rester dans le cadre de sa mission, tout en limitant les divulgations au strict nécessaire. Il doit aussi veiller à informer préalablement l'interné du cadre légal de sa mission. Cette exigence, qui au demeurant ne figure pas dans la loi de défense sociale, ressort

non seulement des règles déontologiques, mais est également confortée par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui consacre le droit à l'information.

Quant au secret partagé, celui-ci s'applique entre les différents intervenants pour autant qu'ils soient tous liés par le secret professionnel, qu'ils poursuivent la même finalité thérapeutique, et moyennant l'accord du patient. Dans le cadre du secret partagé, seules les informations strictement nécessaires à la réalisation de leur mission peuvent être communiquées.

Lorsque le ministère public a requis la réintégration d'un interné libéré à l'essai, qui ne respectait pas les conditions qui lui étaient imposées, la commission de défense sociale ne peut ordonner la réintégration de l'interné dans un établissement qu'elle désigne qu'à la condition d'avoir constaté au préalable que les conditions de la réintégration sont remplies. Il doit ainsi être établi que le comportement ou l'état mental de l'intéressé révèle un danger social.

Dans la nouvelle loi, en cas de libération à l'essai, la personne internée est soumise aux conditions générales et le cas échéant particulières pendant une période renouvelable de deux ans. La libération à l'essai peut être renouvelée autant de fois que la chambre de protection sociale l'estimera nécessaire. En cas de renouvellement, celui-ci est soumis à un délai maximal de deux ans, ce qui permet au tribunal de prévoir une période de libération à l'essai inférieure à ce délai.

II. – *Libération définitive*

La libération définitive est soumise à deux conditions : une amélioration suffisante de l'état mental de l'interné et la réunion des conditions de sa réadaptation sociale (art. 18 de la loi de défense sociale).

Dans la nouvelle loi, la libération définitive est subordonnée à des conditions plus strictes. Il est rappelé que le trouble mental qui a donné lieu à l'internement doit s'être suffisamment amélioré pour qu'il n'y ait pas raisonnablement lieu de craindre que l'intéressé soit dans un état de dangerosité tel qu'il puisse commettre des infractions graves ou mettre en péril l'intégrité physique ou psychique de tiers. De plus, la libération définitive ne peut être ordonnée qu'à l'expiration du délai d'épreuve correspondant à une période renouvelable de deux ans, qui est celle de la libération à l'essai. Au besoin, la chambre de protection sociale fait réaliser une expertise psychiatrique médico-légale.

§ 10. Scission entre le soin et l'expertise

La loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (dite « loi Dupont ») contient un article 96 (non encore en vigueur) qui dispose que les prestataires de soins ne peuvent être contraints d'accomplir des actes qui compromettent leur relation de confiance avec le détenu, ajoutant que la fonction de prestataire de soins est incompatible avec une mission d'expert au sein de la prison. Cette scission entre le soin et l'expertise ne concerne toutefois pas les établissements de défense sociale dépendant du ministère de la Santé. L'avantage de cette scission est de permettre un travail

thérapeutique approfondi dans le respect de la relation de confiance avec le patient.

§ 11. Internement des condamnés

Lorsque le psychiatre de la prison constate chez des condamnés à un délit ou un crime qu'ils développent au cours de leur détention un trouble mental grave, ces condamnés peuvent être internés en vertu d'une décision du ministre de la Justice sur avis conforme de la commission de défense sociale (art. 21 de la loi de défense sociale).

Lorsque la nouvelle loi sera entrée en vigueur, les personnes condamnées qui présentent des problèmes psychiatriques ne seront plus internées. Elles devront être soignées sans modification de leur statut juridique et sans internement.

§ 12. Situation des victimes

Dans la nouvelle loi, la victime est entendue sur les conditions particulières qui doivent être imposées dans son intérêt. Elle est présente à l'audience le temps nécessaire à l'examen de ces conditions. La victime est informée des conditions qui ont été imposées dans son intérêt ainsi que des différentes modalités d'exécution de l'internement. Elle est aussi informée par écrit dans les 24 heures de l'octroi de la libération définitive. Sur ce point, il s'agit d'une réelle avancée par rapport à la loi de défense sociale qui ne contient, quant à elle, aucune disposition spécifique réglant la situation des victimes.

Bibliographie sommaire

BOSLY, H.-D. et COLETTE-BASECQZ, N., « La nouvelle loi belge relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », in *L'irresponsabilité pénale. Regards croisés droit-santé-culture*, Actes du colloque organisé les 16 et 17 février 2008 par le centre de recherche Hannah Arendt, Paris, éd. Cujas, 2009, pp. 53-100.

BRANDON, I. et CARTUYVELS, Y. (dir.), *Judiciaire et thérapeutique : quelles articulations ?*, Bruxelles, La Charte, 2004, 204 p.

CARTUYVELS, Y., CHAMPETIER, B. et WYVEKENS, A., avec la collaboration de VAN DE KERCHOVE, M., *Soigner ou punir ? Un regard critique sur la défense sociale en Belgique*, Bruxelles, Publications des facultés universitaires Saint-Louis, 2010, 297 p.

CASSELMAN, P., COSYNS, J., GOETHALS, M., VANDENBROECKE, D., DE DONCKER, C. et DILLEN, C., *Internering*, Leuven, Garant, 1997.

COLETTE-BASECQZ, N., « Le juge pénal et l'expert "psy" : histoires d'un vieux couple », in *La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, De Boeck, 2006, pp. 103-111.

COLETTE-BASECQZ, N., « Quel devenir pour les malades mentaux "délinquants" ? », in *Liber Amicorum Alain de Nauw*, Bruges, La Charte, 2011, pp. 97-120.

KORN, M., *Les psychiatres experts en justice pénale. Guide méthodologique et pratique*, Liège, éd. de l'Université de Liège, 2001, 176 p.

MEURISSE, F., « Fermer les portes pour soigner ? Perspective historique sur l'enfermement des malades mentaux », *Rev. dr. pén.*, 2009, pp. 838-843.

NOUWYNCK, L., « La position des différents intervenants psycho-médico-sociaux face au secret professionnel dans un contexte judiciaire – Cadre modifié, principe conforté », *Rev. dr. pén.*, 2008, pp. 589-641.

ROGGEN, F., « L'évolution en droit pénal des mesures prises à l'égard des anormaux », in *Liber Amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2008, pp. 783-805.

SCHAMPS, G., « L'application des droits du patient aux détenus et aux malades mentaux », in *La responsabilité et la responsabilisation dans la justice pénale*, Bruxelles, Larcier, De Boeck, 2006, pp. 147-158.

STAQUET, P., « Loi relative aux droits du patient et psychiatrie », in *Liber Amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Anthémis, 2008, pp. 807-825.

THYS, P., « Le traitement pénal des délinquants anormaux : un coup de sonde dans la pratique de la loi belge de défense sociale », *Rev. dr. pén.*, 1995, pp. 29-43.

TULKENS, F., « À propos du statut du malade mental en droit pénal », *Ann. Dr. Louvain*, 1073, pp. 195-217.

VANDEMEULEBROEKE, O., « Un autre régime d'internement des délinquants atteints d'un trouble mental. La loi du 21 avril 2007 », *Rev. dr. pén.*, 2008, pp. 308-363.

VANDERMEERSCH, D., « La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », *J.T.*, Louvain-la-Neuve, Larcier 2008, pp. 117-125.